

LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name, Vorname des Versicherten					
geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			

Pränatalzentrum Hamburg Biochemie Labor

Altonaer Str. 63 • 20357 Hamburg
Fon: 040-43292621 • Fax: 040-43292641



Begleitformular Serum-Screening

AFP (Screening Neuralrohrdefekt)

(15+0 bis 19+6 SSW)

SSW _____ + _____
(abgeschl. Wochen + Tage)

Gewicht der Patientin: _____ kg

Diabetes mellitus Typ 1: Nein Ja

Raucherin: Nein Ja Zig./d _____

Datum der Materialentnahme: _____

Absender:

Praxisstempel und Unterschrift (bitte leserlich)

Untersuchung auf eigenen Wunsch



BETREFF: **Serum-Screening im ersten und zweiten Trimenon**
(First-Trimester-Serum-Screening und/oder AFP-Bestimmung)

Sehr verehrte Frau _____

Die Kosten für Untersuchungen und Beratungen sowie Laboruntersuchungen in der Schwangerschaft werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur dann übernommen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht (Indikation).

Liegt diese Indikation nicht vor, darf Ihre Ärztin/Ihr Arzt die entsprechende Untersuchung nicht durch eine Überweisung verordnen. Sie können jedoch die Behandlung oder Untersuchung als **„außerordentliche Leistung“** in Anspruch nehmen. Wir erstellen dann eine entsprechende Privatliquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Falle der oben genannten Untersuchung wie folgt:

	Euro
<input type="checkbox"/> PAPP-A und free β -hCG (Blutuntersuchung zur Wahrscheinlichkeits Berechnung von Chromosomenstörungen)	42,00
<hr/>	
<input type="checkbox"/> AFP-Untersuchung (zur Risikoeinschätzung eines Neuralrohrdefektes)	21,00

Ich wünsche die Durchführung oben genannter Leistungen, die ich für sinnvoll halte, ausdrücklich als Privatpatientin. Mir ist klar, dass es sich aus vertragsärztlicher Sicht nicht um medizinisch notwendige Leistungen im Sinne des Gesetzes (§ 12 SGB V) handelt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die mit dieser Behandlung entstehenden Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte selber tragen muss, und eine Erstattung seitens meiner Krankenkasse ganz oder teilweise nicht erfolgen kann. Es erfolgt eine postalische Zustellung der Rechnung mit der Bitte um Überweisung.

Unterschrift der Patientin, Datum

Unterschrift des Arztes, Datum

Absender: _____ (Praxisstempel und Unterschrift - bitte leserlich)

Einwilligung zur genetischen Diagnostik

Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem Arzt über den Umfang sowie über die Bedeutung der o.g. Untersuchung aufgeklärt. Nach einer für mich angemessenen Bedenkzeit willige ich in die Untersuchung ein. Mir wurde erklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mündlich/schriftlich widerrufen kann und die Ergebnisse auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsergebnisses, auch über die gesetzliche Frist hinaus, bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann.

Unterschrift: _____ (Patientin / erziehungsberechtigte Person)